

S- RS-2 (4/04) **Departamento de Servicios de Rehabilitación de la Mancomunidad de Virginia**
Programa de Rehabilitación Vocacional
Remisión

Información Importante Para Gente Que Desea Trabajar

El programa de Rehabilitación Vocacional (VR) de DRS ayuda gente con discapacidades de varios tipos prepararse para, encontrar, y mantener un trabajo. Elegibilidad y servicios abastecidos son decididos caso-por-caso.

Usted puede referir usted mismo o cualquier persona con un discapacidad que desee trabajar. Dé la información en esta forma a su oficina local de DRS por:

Correo, Teléfono, Fax, o Correo Electrónico

Para el directorio local de oficinas,

Llámenos gratis en los EE.UU. al 1-800-552-5019 (TTY 1-800-464-9950), o
 visita nuestro sitio Web al www.vadrs.org/Regions/COMMUNITY%20OFFICES.htm

Nota: Números adentro “()” están para la entrada de datos de DRS.

A. Por Favor Infórmenos de la Persona que sea Referida a DRS	
Estoy refiriendo (maque uno) Yo Mismo <input type="checkbox"/> Alguien otro <input type="checkbox"/> <i>(Por favor asegure que saben y convienen)</i>	
(01) # de Seguridad Social de persona referida, si sabido: _____	(03) Fecha: _____
(04) Apellidos: _____	Nombre: _____
(05) Dirección de Calle (o Apartado de Correos): _____	
(06) Ciudad: _____	(07) Estado: _____ (08) Código Postal: _____
(09) Teléfono Residencial con Código Área: _____	Marque aquí si utilizan TTY <input type="checkbox"/>
Otro Teléfono, si hay: _____	Marque aquí si utilizan TTY <input type="checkbox"/>
(10) Dirección de Correo Electrónico, si hay: _____	
(14) Describa la discapacidad: _____	
(15) Género <i>(marque uno)</i> Varón [V] <input type="checkbox"/> Hembra [H] <input type="checkbox"/>	

B. Infórmenos de la Persona Haciendo Remisión <i>(Déjalo en blanco si está refiriendo usted mismo)</i>	
(12) Nombre: _____	Relación a la persona que es referida: _____
Título: _____	Nombre de Organización, si hay: _____
(13) Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____

C. Para Uso DRS Solamente		(02) Número del Caso: _____
(11) Código de la Fuente de Remisión (entre/círculo 1 código de la lista abajo) _____		
Escuela elemental/secundaria <i>(primaria/media/secundaria inferior/superior, facilidad correccional juvenil)</i>		[1]
Escuela Post-Secundaria <i>(escuela comercial, escuela de negocio, universidad de dos o cuatro años)</i>		[2]
Salud Mental <i>(incluya hospital psiquiátrico, centro de salud mental, abastecedor de servicios de salud mental)</i>		[3]
Otro Médico <i>(incluya hospital, clínica, clínica de reposo, abuso de sustancia hospitalizado, personal médico)</i>		[4]
Bienestar Público <i>(agencia de bienestar local/del estado como TANF, Servicios Sociales, etc.)</i>		[5]
ESO, WWRC, centro de rehabilitación en otro estado (estado-funcionado)		[6]
DDS, SSA		[7]
“One Stop” Empleo/Centros De Adiestramiento		[8]
Remisión de uno mismo		[9]
Otro (CSB, CIL, Compensación de Trabajadores, empleador, familia, amigo, facilidad correccional/corte del adulto, abrigo, casero de grupo, casa intermedia, abuso de sustancia de pacientes externos, o cualquier cosa que no cabe en uno de los otros códigos de la fuente de remisión)		[10]
¿Remisión resultó de complicidad en “One Stop”?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	